CONTRIBUTION A L'ÉTUDE N° 30

DE L'HÉPATITE SUPPURÉE

DES PAYS CHAUDS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 18 MAI 1887

PAR

Jean THOMAS

Né à Trémuson (Côtes-du-Nord)

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CABIROU FRÈRES ET Cie

19, Cours Gambetta (*ancien Cours des Casernes*)

—

1887

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN..... DOYEN
GRASSET..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale	COMBAL (✻ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER (✻).
Physique médicale	MOITESSIER (✻).
Médecine légale et Toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON (✻ ✠).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et Gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Opérations et Appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe	CHALOT.
Anatomie pathologique et Histologie (Chargé du Cours)	CARRIEU.
Anatomie (Chargé du Cours)	BIMAR.
Thérapeutique et Matière médicale (Chargé du Cours)	MOSSÉ (✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses (Ch. de Cours)	MAIRET

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Professeurs honoraires : MM. MARTINS (O. ✻), DUPRÉ (✻ C. ✠).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✻).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MESSIEURS	MESSIEURS
CARRIEU.	VILLE
MAIRET.	GRANEL.
BIMAR.	FORGUE.
MOSSE (✻).	TRUC.
REGIMBEAU (✻).	GERBAUD.
BLAISE	GILIS.
BAUMEL.	MALOSSE.

M. H. GOT, *Secrétaire.*
M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COMBAL	*Président.*
MAIRET	*Professeur*
REGIMBEAU, BAUMEL	*Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FAMILLE,

A MES AMIS

J. THOMAS.

A M. BÉRANGER-FÉRAUD

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE AU PORT DE TOULON
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Docteur COMBAL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

J. THOMAS.

INTRODUCTION

Jules Rochard disait, le 22 février 1887, devant l'Académie de médecine, qu'un grand nombre de malades revenaient de Panama et de nos colonies porteurs d'abcès du foie la plupart méconnus.

L'hépatite suppurée est souvent en effet d'un diagnostic difficile, car il n'est peut-être pas de maladie à marche aussi insidieuse, aussi variée, à caractères quelquefois aussi peu tranchés.

Il est cependant un moyen de la diagnostiquer rapidement et sûrement sans aucun danger pour le malade. Nous voulons parler de la ponction aspiratrice.

C'est sur ce point de l'histoire des abcès du foie que nous avons insisté particulièrement dans ce modeste travail, que nous présentons à l'indulgente appréciation de nos Juges.

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, de témoigner toute notre reconnaissance à M. le professeur Combal, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre Thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'HÉPATITE SUPPURÉE

DES PAYS CHAUDS

CHAPITRE PREMIER

DESCRIPTION

Avant de suppurer, l'hépatite fournit dans les pays chauds les trois étapes suivantes : congestion ou point de côté hépatique; inflammation ou hépatites aiguë et chronique; suppuration ou abcès du foie. Evidemment, il ne s'agit ici que de l'hépatite circonscrite, partielle, car l'hépatite diffuse générale, encore appelée atrophie jaune aiguë du foie, ne suppure pas.

Anatomie pathologique. — La glande tout entière, hypérémiée, augmentée de volume, présente au début une consistance plus ferme. La suppuration s'établit de bonne heure. Elle commence par des points isolés qui s'étendent du centre à la périphérie des lobules, deviennent confluents et constituent de petits foyers lobulaires. Ces petits abcès

s'ouvrent les uns dans les autres et forment en dernier lieu de vastes collections purulentes.

L'abcès peut être superficiel ou profond. Il est le plus souvent solitaire, du volume d'une orange. Son siège d'élection est le lobe droit, au niveau du bord postérieur et sous la face convexe principalement. Le nombre des abcès est parfois de deux ou trois. Au delà on n'a plus affaire à l'hépatite des pays chauds, mais plutôt à la pyohémie.

S'il est récent, l'abcès renferme un pus jaune, inodore ; il est limité par une paroi constituée par le parenchyme jécoral, ramolli et infiltré d'exsudats. Les foyers anciens contiennent un pus brun chocolat et possèdent une membrane pyogénique qui les sépare du tissu environnant.

Le pus se résorbe, envahit de proche en proche le tissu hépatique, ou bien dépasse la capsule de Glisson, sort de sa cavité et suit différentes voies.

La résorption est rare. Les parois du foyer se rapprochent, et il ne reste de l'abcès qu'un résidu caséeux et calcaire et une profonde cicatrice déprimée.

Quand le pus gagne la périphérie, la capsule de Glisson et le péritoine voisin enflammé contractent des adhérences qui mettent la cavité de l'abcès en communication avec les organes environnants et les parois abdominale et diaphragmatique. Aussi le pus tombe-t-il rarement dans le péritoine. Il s'écoule dans le côlon, l'estomac, ou bien, perforant le diaphragme et le feuillet pariétal de la plèvre, il s'épanche dans la cavité pleurale ou bien dans le tissu pulmonaire, quand la base du poumon est adhérente au diaphragme. Dans les cas plus heureux, le pus gagne immédiatement les tuyaux bronchiques. Des abcès hépatiques se sont vidés dans les reins et dans le péricarde.

Symptomatologie. — L'hépatite, dans la majorité des

cas, est une maladie intercurrente, et ses symptômes sont masqués au début par ceux de la fièvre palustre, de la diarrhée ou de la dysenterie.

Quand elle est franche et régulière, elle se présente avec le cortège de symptômes suivant : douleur, ictère, augmentation de volume, anxiété respiratoire, symptômes digestifs, fièvre.

Une douleur sourde au niveau du foie s'observe 85 fois sur 100 ; elle s'irradie en ceinture autour de l'hypochondre droit, plus souvent vers l'épaule droite, parfois vers le pli de l'aine et de la face antérieure de la cuisse. (B. Féraud.)

D'après Dujardin-Baumetz, une vive scapulalgie indique l'inflammation de la surface convexe du foie. L'intensité de la douleur hépatique est en rapport avec le siège de l'abcès. Elle sera d'autant plus grande que celui-ci sera plus superficiel.

L'ictère est exceptionnel et déterminé par l'obstruction mécanique des voies biliaires.

73 fois sur 100, le volume du foie est augmenté. Pour cette mensuration, la percussion est plus fidèle que la palpation, qui donne souvent des résultats défectueux à cause de la contraction des muscles droits.

Gênée — par la tuméfaction hépatique, le point de côté, la roideur des muscles droits, le grand volume de l'abcès, la péritonite adhésive, la compression exercée par le foie sur le diaphragme et le poumon — la respiration, pour employer l'expression de B. Féraud, est courte, comme bridée. Quant aux bruits respiratoires, ils ne sont pas modifiés, sauf vers la fin si l'abcès se vide dans la poitrine. Ce chemin suivi par le pus est indiqué par du hoquet, une toux sèche qui vient s'ajouter à l'anxiété prégastrique.

L'intégrité des fonctions stomacales est presque constante. Chez quelques malades cependant, on rencontre de l'embarras gastrique, des vomissements et même un état bilieux. La diarrhée, soit bilieuse, soit dysentérique, est la règle.

Le décubitus dorsal est à peu près impossible. Le malade se couche sur le côté droit, le corps courbé en arc, afin de relâcher les muscles.

Dans certains cas, la fièvre n'existe pas au début et n'apparaît qu'au moment de la suppuration. La température s'élève rarement au-dessus de 39°5. (Nielly.)

Parfois l'hépatite s'installe sournoisement au milieu d'accès intermittents ou rémittents existant déjà depuis longtemps, qui détournent l'attention du médecin en lui faisant croire à une simple intoxication paludéenne. La formation du pus détermine habituellement quelques frissons erratiques.

Les forces sont parfois respectées ; mais on observe plus fréquemment de la prostration, de l'amaigrissement, qui sont plutôt le fait de l'anémie palustre ou dysentérique que véritablement dus à l'évolution de l'hépatite.

Marche. — Tantôt la maladie suit une marche continue régulière ; c'est l'hépatite franche aiguë.

Les phénomènes aigus peuvent disparaître sans amélioration de l'état général ; au bout de trois jours l'abcès sera formé.

La suppuration s'annonce aussi par l'aggravation des symptômes, des exacerbations fébriles, des phénomènes typhoïdes. Cet état est parfois si insidieux que la véritable maladie n'est reconnue qu'à l'autopsie.

Tantôt, à la suite de phénomènes aigus, la convalescence reste indécise, la peau chaude et sèche, avec un petit

mouvement fébrile le soir, le grand volume du foie, de l'amaigrissement, une teinte terreuse ; c'est l'hépatite chronique. Il y a lieu de craindre l'existence d'un abcès.

Quand l'abcès proémine du côté de la paroi abdomino-thoracique, il forme une tumeur fluctuante plus ou moins considérable, tendue, lisse, entourée d'un cercle d'induration et augmentant inégalement le volume de la glande. Cette tumeur siège d'ordinaire au-dessous du rebord des fausses côtes, rarement entre les espaces intercostaux.

Les signes de la suppuration ne sont pas toujours aussi évidents. L'existence d'un abcès du foie ne se décèle dans maintes circonstances que par la vascularisation sous-cutanée, l'œdème, la voussure de la région hépatique, quelquefois par l'effacement des espaces intercostaux ou l'exagération de la courbure des côtes.

Des vomissements, des selles purulentes, sont la conséquence de l'élimination du pus par l'estomac et le gros intestin.

L'invasion du pus dans la poitrine sera souvent précédée de hoquet. S'il pénètre dans la plèvre, l'inflammation de cette séreuse sera bientôt reconnue à ses signes particuliers. Si le flot purulent fait irruption dans le tissu du poumon, il y déterminera l'explosion d'une pneumonie suppurative aisément reconnue. Enfin, s'il peut atteindre un rameau bronchique, il sera éliminé par la toux et l'expectoration ; les crachats deviendront purulents et fétides. Le contact du pus avec l'arrière-gorge fait naître une toux suffocante et des efforts de vomissements.

Terminaison. — La guérison, pour être complète, exige des mois, et même des années, pendant lesquelles le malade reste faible, amaigri, dyspeptique. L'hépatite se termine souvent par la mort. 9 fois sur 10, la dysen-

terie complique l'hépatite, ou plutôt l'hépatite complique la dysenterie qui reconnaît pour origine le paludisme. Les chiffres d'hépatite et de dysenterie se suivent dans leur marche ascendante ou descendante.

Les fièvres palustres, quel que soit leur type, intermittent, rémittent, à frissons erratiques, viennent aussi compliquer la marche de l'hépatite.

Etiologie. — Sur 143 cas d'hépatite, l'affection a débuté 80 fois par la dysenterie, 14 fois par de l'embarras gastrique et de la diarrhée, 5 fois par de la fièvre intermittente.

Règle générale, l'hépatite est la conséquence de la dysenterie. Ces deux affections reconnaissent pour communes causes les écarts de régime, l'action du miasme paludéen et les refroidissements.

CRAPITRE II

OBSERVATIONS

Observation Première

Abcès du foie.— Début : dysenterie. — Ponction avec appareil Potain

Debost (Philibert), âgé de 24 ans, soldat d'artillerie de marine, revenant de Tourane (Tonkin), comme convalescent de dysenterie chronique dont il est atteint depuis le mois de novembre 1886, entre à l'hôpital de Saint-Mandrier le 21 mars 1887.

23. — Selles dysentériques. Température prise le soir à 4 heures, 38°3.

24. — Accès de fièvre à 1 h. et demie du soir.

31. — Scapulalgie à droite. Les selles ne contiennent plus de sang ni de mucus.

16 avril. — Le foie est notablement augmenté de volume. Ses limites supérieure et inférieure sont situées, d'une part à un travers de doigt au-dessous du mamelon, d'autre part à deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes, sur la ligne mamelonnaire ; le limbe inférieur est très douloureux à la pression.

18. — Vive douleur hépatique.

20. — On constate dans la région hépatique, au-dessous de la neuvième côte, une tumeur du volume d'un œuf, à résistance douteuse. La courbure des côtes formant le rebord costal est exagérée; les téguments sont en ce point tendus, œdématiés, douloureux à la pression. Anxiété prégastrique. Le malade n'a pas eu de frissons depuis quelque temps.

22. — 4 heures du soir. Le trocart fin de l'appareil Potain est enfoncé sur le sommet de la tumeur jusqu'à une profondeur de 5 centimètres. A ce niveau, on rencontre la poche purulente. Il en sort 600 grammes d'un liquide brun chocolat assez épais, mais grumeleux. Occlusion parfaite au collodion.

23, 24, 25. — Pas de fièvre. Le foie revient à ses limites normales.

26. — Dans la nuit, le malade a un frisson. La tumeur a légèrement augmenté. L'état général est satisfaisant.

27. — Une seconde ponction ne donne pas de pus.

28. — Pas de fièvre. La courbure des côtes s'est redressée. Quelques douleurs à la toux et à la pression au niveau de la tumeur. L'anxiété respiratoire a diminué. L'appétit est bon. Le malade se trouve bien.

Observation II

Galley (Charles), âgé de 22 ans, second maître mécanicien, revenant du Sénégal, a fait un séjour à l'hôpital de Saint-Mandrier, il y un mois, pour congestion du foie et périhépatite. Ce sous-officier a obtenu un congé de convalescence de trois mois, au cours duquel il rentre à l'hôpital, le 8 octobre 1886.

9. — T. matin 38° ; soir 37°7. D'une teinte anémique très prononcée, Galley se plaint dans toute la région

hépatique, surtout à la partie postérieure, de vives douleurs s'irradiant sur le trajet du phrénique et dans l'épaule droite. Le foie est hypertrophié ; sa limite supérieure atteint le mamelon ; son bord inférieur descend à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes. A la partie postéro-externe de l'hémithrorax droit, au niveau des dernières côtes, existe une voussure douloureuse à la pression. Toux sèche. Le murmure vésiculaire est affaibli et les vibrations thoraciques diminuées à droite. Le malade a un peu d'appétit et dort bien.

10 et 11. — Fièvre matin et soir.

12. — T. matin 38° ; soir 37°8. Dans la journée surviennent des quintes de toux suivies d'expectoration abondante, de crachats purulents teintés de sang. Diminution de la douleur hépatique.

13. — T. matin 37°6 ; soir 37°7. Les quintes de toux continuent. Matité absolue, absence de la respiration dans le tiers inférieur de l'hémithorax droit. Expectoration abondante d'un pus rougeâtre. Les jours suivants, le malade crache 200 gram. de pus en vingt-quatre heures. Pas de fièvre.

20. — L'expectoration purulente diminue. La matité du tiers inférieur du côté droit à disparu. La respiration s'entend, mais faiblement. La voussure latérale droite s'est effacée.

27. — Depuis trois jours, il n'y a pas de pus dans les crachats. Le malade sort de l'hôpital le 1er novembre, complètement guéri.

Observation III

M. X..., médecin de la marine, âgée de 28 ans, vient du Tonkin, où le treizième mois de son séjour il a été atteint de dysenterie et d'hépatite intercurrente. Depuis cette époque, il n'est jamais revenu à la santé. Amaigrissement très marqué, profonde anémie.

Entrée à l'hôpital de Saint-Mandrier le 5 juin 1885. Le foie est dur et douloureux à la pression. Son volume est à peu près normal. Absence de dyspnée et de vomissements. Léger mouvement fébrile tous les soirs.

8 avril. — T. matin 38°1 ; soir 39°. Cette nuit, le malade n'a pas dormi à cause de la fréquence de la toux et de la dyspnée. Quintes de toux par intervalles.

9. — T. matin 37°8; soir 39°.

10. — T. matin 38° ; soir 40°.

11. — T. matin 38°7; soir 38°7. Au niveau de l'appendice xyphoïde, point douloureux s'irradiant vers l'hémithorax droit. Toux incessante la nuit. Dyspnée intense. Une ponction pratiquée avec l'appareil Dieulafoy donne issue à environ 400 gram. de pus couleur chocolat. Le trocart capillaire a été enfoncé à un travers de doigt, en dehors d'une verticale passant par le mamelon dans le septième espace intercostal, et dans une direction un peu oblique de bas en haut. Fièvre le lendemain.

13. — T. matin 38°4 ; soir 39°6. Nouvelle quinte de toux, dyspnée intense, gros râle à la base du poumon droit.

15. — T. matin 37° ; soir 38°7. Nuit assez bonne. De 3 à 4 heures du matin, le malade a été pris de quintes suivies de crachats couleur brun chocolat. En avant et à droite, râles humides.

16. — T. matin 38°5; soir 38°3. Nuit très calme. Ce matin vers 5 heures, expectoration de crachats rougeâtres, purulents, fétides. Le malade éprouve un peu de soulagement.

17. — Nuit mauvaise. L'expectoration de crachats caractéristiques continue. Faiblesse extrême. T. matin 37°4.

Mort dans la soirée.

Observation IV

Fièvre rémittente. — Dysenterie et hépatite intercurrentes

Mme M..., âgée de 39 ans, habite le Gabon depuis onze mois; malade depuis le 5 juillet 1885, s'est alitée le 15 seulement. Douleurs scapulaires anciennes à droite. La fièvre à rémission matinale légère ne la quitte point pendant les mois de juillet et d'août.

29 août. — T. soir 38°4. Scapulalgie droite. Douleur de la région hépatique. Nausées, vomiturition. Sueurs très abondantes, hoquet très fréquent. Pas d'œdème thoracique.

30. — T. matin 38°5; soir 38°9. Nausées et hoquet, prostration.

31. — T. matin 38°6; soir 39°.

1er septembre. — T. soir 39°2. La région hépatique est le siège de vives douleurs. La pression en ce point est très douloureuse. Le foie est légèrement hypertrophié.

2. — T. matin 38°6; soir 39°6. Faiblesse extrême. Persistance de la douleur.

3. — T. matin 40°; soir 40°5. Grande anxiété respiratoire. Douleur hépatique.

Mort dans la nuit.

Après la mort, un trocart a été enfoncé dans le huitième espace intercostal droit. Il a donné issue à une grande quantité de pus brun chocolat.

Observation V

(Recueillie dans le service de M. le médecin en chef Thomas).

Abcès du foie survenu à la suite de fièvres paludéennes et de diarrhée.

Opération de Little. Guérison.

Gasse (Emile), âgé de 24 ans, soldat d'artillerie de marine, revient du Tonkin, où il a passé vingt et un mois. Malade depuis le mois de mai 1885, de fièvres palustres intermittentes, il entrait le 25 juin à l'hôpital de Hué avec une douleur aiguë dans l'hypochondre droit et dans l'épaule du même côté et une congestion du foie.

A son arrivée à l'hôpital de S^{t}-Mandrier, le 27 octobre 1886, les douleurs sont tellement vives qu'elles ne permettent pas l'exploration physique.

T. soir 39°6. Selles diarrhéiques grisâtres.

29. — T. matin 38° ; soir 37°8.

30. — T. matin 38°5 ; soir 38°.

Dimensions du foie :

Sur la ligne mamelonnaire, 18 cent. 5

» axillaire, 18 »

» scapulaire, 18 » 5

Le cœur est rejeté à gauche ; sa pointe bat au-dessous et en dehors du mamelon. Les bruits sont faibles ; souffle doux au premier temps et à la base ; pouls vibrant.

Facies pâle, terreux; amaigrissement, muqueuses décolorées. Pas d'ictère ; pas de bile dans les urines.

2 novembre. — T. matin 38° ; soir 39°.

3. — T. matin 39°4; soir 40°.

Mensuration du thorax 5 cent. au-dessous du mamelon: hémithorax droit, 45 cent. 5; hémithorax gauche, 44 cent.

La douleur est moins vive. Une ponction faite à l'aide de l'aspirateur Potain (aiguille n° 2) dans le huitième espace intercostal au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, donne issue à quelques grammes de pus couleur chocolat clair.

4. — T. matin 37°4 ; soir 39°.

5. — T. matin 38°2; soir 37°.

Pas de fièvre les jours suivants. Persistance de la douleur au-dessous des fausses côtes.

8. — T. matin 38°9; soir 39°3. Toux, sueurs.

10. — T. matin 37°7; soir 38°7. Pouls 126. Une nouvelle mensuration donne les chiffres suivants :

Ligne médiane,	22	cent.
» mamelonnaire,	24	»
» axillaire,	26	»

12. — Ponction dans le huitième espace intercostal.

On aspire avec l'appareil de Potain environ un litre d'un pus très fluide couleur chocolat.

13. — T. matin 37°3, soir 38°. Le cœur est un peu revenu vers sa position normale.

14. — T. matin 38°4; soir 38°2. Douleur hépatique plus vive que de coutume.

16. — T. matin 37°4; soir 36°8. Pouls 96.

Troisième ponction le matin ; puis, le long de l'aiguille servant de conducteur, on pratique une large incision dans le huitième espace intercostal, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. On installe un drain plongeur dans la cavité de l'abcès et l'on fait un pansement coaltaré.

17. — T. matin 36°5 ; soir 36°6. La matité du foie a déjà subi un retrait de 2 centimètres.

18. — T. matin 38°4; soir 36°4. Le cœur s'est très sensiblement rapproché de la ligne mamelonnaire. La matité supérieure du foie s'est encore abaissée. L'abcès suppure abondamment. L'appétit est complètement revenu.

A partir de ce jour, l'état général du malade s'améliore rapidement, les forces renaissent, la température est normale, la suppuration se tarit. Le 19 on place un drain de moindre calibre.

Le 31, le cœur est rentré dans ses limites normales; le foie ne dépasse pas en haut le mamelon, en bas le rebord des fausses côtes. Les bords de la plaie sont déprimés, comme aspirés en dedans.

Gasse, absolument guéri, est parti le 13 janvier 1887, avec quatre mois de congé.

Observation VI

(Recueillie dans le service de M. Thomas, médecin en chef de la marine)

Abcès du foie consécutif à la formation de calculs biliaires.

Opération de Little. Guérison.

Brémond (Jules), âgé de 24 ans, soldat au 4me régiment d'infanterie de marine, revenu depuis huit mois environ de Madagascar, où il avait passé près d'un an, et où il avait été atteint de fièvre paludéenne et de dysenterie, a souvent eu depuis son retour des accès de fièvre et des atteintes de diarrhée.

Il y a un mois environ, ce soldat ressentit une vive douleur à un point situé sur la ligne mamelonnaire au niveau du rebord des fausses côtes. Entré à l'hôpital le 12 novembre 1886, la douleur disparut, pour reparaître il y a cinq ou six jours avec plus de violence, accompagnée d'une tumeur assez volumineuse de la région hépatique. Les côtes présentent une courbure très marquée à ce niveau; adhérence de la peau aux tissus sous-jacents. La matité du foie décrit en haut une ligne courbe à convexité supérieure, tangente au mamelon et descendant

brusquement à partir de ce point vers la ligne médiane ; en bas, le foie déborde les fausses côtes ; il est dur et présente une ligne de matité à courbure très prononcée en bas au niveau de la tumeur :

Ses dimensions sont de :

12 cent. sur la ligne médiane ;
16 » » mamelonnaire.

13. — La tumeur est de plus en plus saillante ; elle pointe dans la huitième espace intercostal ; la peau est adhérente. Fluctuation profonde perceptible à ce niveau. La tumeur, du volume d'une orange, se détache nettement des parties voisines. On fait deux ponctions exploratrices avec l'appareil Potain. L'aiguille est enfoncée à 3 cent. de profondeur.

15. — Troisième ponction, donnant écoulement à du pus chocolat clair strié de sang. Pas de fièvre.

23 décembre. — Incision au bistouri sur le sommet de la tumeur, parallèlement à l'espace intercostal, le long du bord inférieur de la huitième côte, sur la ligne mamelonnaire. Issue d'un pus jaune abondant. Mèche et charpie coaltarées.

25. — En défaisant le pansement ce matin, on constate sur le plumasseau de charpie une grande quantité de calculs biliaires d'un noir verdâtre, très durs ; deux sont gros comme des haricots, aplatis comme des galets ; les plus petits sont polyédriques, à facettes planes. En prenant la tumeur, on en fait sortir encore un grand nombre. Pas de fièvre.

26. — Issue de quelques nouveaux calculs ; le pus qui s'écoule est jaunâtre, mal lié, d'odeur fade. Un stylet pénètre obliquement en bas à une profondeur de 6 à 7 centimètres, et permet de constater l'existence d'une périostite costale. On extrait du trajet fistuleux quelques petits calculs engagés. Pas de fièvre, pas douleur dans la tumeur, pas d'ictère.

L'appétit est excellent. Le malade se lève dans la journée.

27. — Issue d'un certain nombre de calculs, un peu plus volumineux que ceux d'hier.

28. — A ce jour, le malade a rendu 41 calculs.

5 janvier 1887. — 50 calculs déjà sortis.

A dater du 15 janvier, il ne sort plus de calculs, et le malade part le 20 en congé de convalescence.

Observation VII

Hépatite suppurée. — L'abcès s'est ouvert dans le péritoine. — Mort.

Langlois (Edmond), second du trois-mâts de commerce « le Marin », est arrivé au Gabon dans les derniers jours d'août.

Antécédents alcooliques.

Entre à l'hôpital de Libreville le 30 septembre 1885, pour fièvre pernicieuse. Neuf jours après, il rejoint son bateau dans la rivière Como. Dès le lendemain, il est pris de diarrhée bilieuse (15 à 20 selles bilieuses dans les vingt-quatre heures). Même état du 10 au 14 octobre. Ce jour-là, une embarcation à la remorque de la citerne Como l'amène à l'hôpital. Il a passé la nuit à faire le voyage en rivière.

Etat général très mauvais, facies grippé, teint jaune terreux. Céphalalgie et douleurs lombaires. Selles nombreuses et sanguinolentes ; vomissements de bile très fréquents. Temp. 40°3.

15. — T. matin 39°6 ; soir 39°5.

La fièvre persiste le 16.

17. — T. matin 38°4 ; soir 39°2. Le malade accuse une douleur intense au niveau de l'hypochondre droit. Le foie déborde considérablement le rebord inférieur de la cage thoracique et s'étale vers la région épigastrique. La douleur hépatique est si vive que le simple toucher fait pousser des

cris au malade. Du 16 au 19 octobre, les vomissements cessent, la diarrhée se modère ; mais les selles sont fétides.

20. — T. matin 39° ; soir 39°. Hémorrhagie intestinale, donnant environ 100 gr. de sang rutilant dans une selle.

21. — T. matin 37°7 ; soir 39°5. Nouvelle entérorrhagie vers 10 heures du matin. Mort à 6 heures 15 du soir.

Autopsie. — *Cavité abdominale.* — Le foie présente un abcès qui s'est ouvert spontanément dans la cavité péritonéale, laquelle contient une grande quantité de pus. Trois collections purulentes existent dans le lobe droit du foie. La première, la plus considérable, qui s'est fait jour spontanément à travers le parenchyme de l'organe, siège à la hauteur du neuvième espace intercostal ; les deux autres sont situées dans la partie supérieure du lobe. Poids : 2 kil. 400.

L'intestin est parsemé d'arborisations vasculaires en quantité considérable, sur toute sa longueur, et de petits foyers hémorrhagiques. Pas de perforation. Le rectum présente quelques ulcérations à sa partie inférieure.

Observation VIII

Hépatite suppurée consécutive à la dysenterie. L'abcès s'est ouvert dans la plèvre.

Vasseur (Clément), âgé de 22 ans, soldat au 3e régiment d'infanterie de marine, vient de faire dix-huit mois de séjour en Cochinchine (juin 1885 à décembre 1886). A eu la dysenterie en septembre 1886, étant en colonne au Cambodge. Un mois après, il ressentit des douleurs lancinantes dans le côté droit et à l'épaule droite.

Son billet d'entrée à l'hôpital de St-Mandrier, le 12 janvier 1887, porte cette mention : «Renvoyé de Cochinchine pour hépa-

tite. A été atteint de pleurésie à droite pendant la traversée.»

La toux est fréquente et détermine une vive douleur au niveau du mamelon droit. Scapulalgie droite. Le décubitus est impossible de ce côté.

Appareil pulmonaire. — Du côté droit, abolition des vibrations thoraciques en avant et en arrière. Matité à partir du deuxième espace intercostal, se confondant en bas avec celle du foie ; absence du murmure respiratoire en avant. Matité remontant au-dessus de l'épine de l'omoplate ; souffle doux, éloigné en arrière.

Appareil circulatoire. — On sent la pointe du cœur à 5 centimètres au-dessous et à 3 centimètres en dehors du mamelon.

Appareil digestif. — La matité du foie n'est pas isolable. Pas de dysenterie. L'appétit est excellent. Pas de fièvre.

17. — Pas de fièvre. Mensuration prise au niveau des mamelons : côté droit 40 centimètres; côté gauche 38 centimètres. Douleurs à la toux et à la pression dans la région hépatique. Scapulalgie droite. L'état reste le même jusqu'au 15 février. Fièvre dans l'après-midi du 15.

16. — A droite, les vibrations thoraciques sont toujours diminuées; la matité commence à trois travers de doigt au-dessous du mamelon et descend jusqu'à une ligne qui passerait à environ 1 centimètre 1/2 au-dessous de l'ombilic. La respiration est faiblement perçue à la base du poumon. Douleur à la plus légère pression dans le sixième espace intercostal.

Le cœur est toujours dévié. T. matin 37°6 ; soir 38°3.

17. — T. matin 36°5; soir 37°4. Une ponction pratiquée dans le sixième espace intercostal, au-dessous du mamelon, permet de retirer un litre de pus brun chocolat. Le cœur tend à

reprendre sa position normale. La douleur de l'hypochondre droit a diminué. Disparition de la scapulalgie.

21. — T. matin 37°; soir 38°. Mauvaise nuit; scapulalgie.

22. — T. matin 37°3. On fait une incision au bistouri dans le sixième espace intercostal. Introduction d'un drain en double. Il sort une grande quantité de pus couleur chocolat.

23. — Quinte de toux sèche. Il est sorti beaucoup de liquide purulent par le drain plongeur. Une diarrhée abondante fatigue le malade.

24. — T. matin 37°4; soir 38°5. A partir d'aujourd'hui, la fièvre ne quitte pas le malade. Selles dysentériques nombreuses. Le sommeil est impossible.

6 mars. — Ce matin, les pièces de pansement et le linge même du malade sont inondés d'un liquide jaune verdâtre.

Mort le 12.

Autopsie. — Les deux lobes inférieurs du poumon droit sont désorganisés par la gangrène, à la surface. Les parties profondes sont hépatisées, atélectasiées. La plèvre viscérale est épaissie, jaunâtre; son feuillet pariétal, épaissi, est très adhérent. La cavité pleurale est remplie d'un liquide purulent jaunâtre, légèrement teinté en vert par la bile.

Cette cavité communique : 1° avec l'extérieur, par un orifice situé dans le sixième espace intercostal et dû à l'incision faite au bistouri pendant la vie ; 2° d'autre part avec la cavité d'un abcès du foie, par une ouverture d'environ 2 centimètres de diamètre. Sur tout le pourtour de cet orifice, des adhérences très solides relient le foie, le diaphragme et la plèvre. Sur le rebord interne de l'ouverture, le tissu hépatique fait hernie et adhère au lobe inférieur du poumon.

Le foie, très volumineux, présente sur sa face convexe de nombreuses et fortes adhérences. C'est en cet endroit que se trouve la cavité de l'abcès, pouvant contenir une orange. Les

parois en sont déchiquetées et n'ont pas de membrane pyogénique.

L'intestin grêle a quelques plaques de Peyer hypérémiées. Nombreuses ulcérations dans le gros intestin. La surface de la muqueuse en certains endroits n'est qu'une vaste ulcération.

Observation première. — Dans cette observation, nous sommes en présence d'une hépatite suppurée absolument classique, comme étiologie et comme évolution.

Survenue dans le cours d'une dysenterie, elle s'est révélée par deux élévations thermiques, de la scapulalgie droite, de la douleur locale, de l'hypertrophie hépatique, de l'anxiété respiratoire. La marche de l'abcès vers la peau était indiquée nettement par la courbure des côtes, l'empâtement des téguments, la douleur en ce point spontanée et provoquée. Deux ponctions ont évacué un pus caractéristique.

Obs. II et III. — Dans ces deux cas, l'abcès du foie consécutif à la dysenterie s'est ouvert dans les bronches ; mais les deux malades ont eu un sort bien différent. Chez le premier, l'état général est assez bon; l'abcès s'ouvre directement dans les bronches, l'évacuation du pus se fait régulièrement et très rapidement (200 gr. en vingt-quatre heures). L'état général du second est au contraire bien mauvais; l'abcès s'est épanché dans le tissu pulmonaire, qui s'est gangrené (crachats fétides), l'élimination du pus se fait difficilement. La ponction n'a fait disparaître que pour quelques heures l'anxiété respiratoire.

Obs. IV. — C'est un de ces exemples si nombreux où l'abcès du foie n'est diagnostiqué qu'à l'autopsie, et cepen-

dant c'était dans un pays à hépatites suppurées fréquentes ; il y avait eu de la dysenterie, la fièvre intense, la scapulalgie, le point hépatique se trouvaient réunis.

Obs. V. — Elle est, avec la sixième, des plus intéressantes. Toutes les deux ont été relatées dans les *Archives de médecine navale*, par M. Reynaud, médecin de première classe de la marine.

Le premier malade, Gasse, après un séjour de vingt et un mois au Tonkin, est atteint de fièvre paludéenne, à la suite de laquelle il est renvoyé en France et entre à l'hôpital de Saint-Mandrier. Là, on constate une augmentation de volume du foie.

Il ressentait à cette époque des douleurs dans l'épaule droite ; il avait de la diarrhée, de la fièvre vespérale, mais il n'avait pas eu de douleurs lancinantes dans le côté.

On n'a pas constaté dans l'hypochondre la formation d'une tumeur limitée, pas de rougeur. Dans les derniers jours seulement, avant la première ponction, il y a un peu d'œdème des parois thoraciques du côté droit.

En résumé : début torpide, insidieux, lent, d'un abcès qui se développe chez un homme ayant un peu de diarrhée et profondément impaludé.

Cet abcès a refoulé en haut le poumon droit et à gauche le cœur, qui a été fortement dévié.

Ces deux dernières particularités sont des plus remarquables, car elles ont permis un moment de supposer que Gasse était porteur d'un abcès du foie en bas, au premier étage, et d'une pleurésie consécutive au deuxième étage, ainsi que cela est arrivé chez Vasseur, qui fait le sujet de notre huitième observation. Cette complication est fréquente et pouvait s'expliquer dans ce cas par la grande étendue de la matité (22 centimètres verticalement), la

forte déviation du cœur à gauche et le refoulement considérable du poumon en haut contre la colonne vertébrale. Mais nous en reparlerons à propos du diagnostic.

Obs. VI. — Le sujet de la sixième observation, Brémond, après une campagne à Madagascar, dans laquelle il fut atteint de fièvre paludéenne et de dysenterie, obtint un congé de convalescence, à la suite duquel il entra à l'hôpital pour anémie.

Bientôt il souffre dans l'hypochondre droit ; une saillie se manifeste, les côtes s'incurvent, la peau rougit, s'empâte, une fluctuation sourde se fait sentir. L'abcès du foie est aussitôt diagnostiqué avec dysenterie comme point de départ.

L'ouverture de l'abcès au bistouri donne à peine un demi-verre de pus chocolat clair ; mais dans la suite on en retire jusqu'à 50 calculs.

Le siège de l'abcès est dans le lobe droit du foie, vers la face supérieure, sur la ligne du mamelon, et par conséquent sans rapports apparents avec la vésicule biliaire et le canal cholédoque.

En présence de ces calculs, on a rejeté la dysenterie comme cause première de cette hépatite suppurée, et la formation de l'abcès a été attribuée à une irritation de voisinage déterminée par les concrétions biliaires.

Les ouvrages classiques citent une foule de cas d'obstruction des gros conduits biliaires ou de la vésicule par un volumineux ou de nombreux petits calculs. Murchison admet la possibilité de la formation de ces concrétions dans les voies biliaires extra-hépatiques ; mais il déclare qu'il est extrêmement rare d'en rencontrer dans les conduits biliaires intra-hépatiques sans obstruction préalable du cholédoque. C'est cependant le cas de Brémond.

Chez lui, en effet, il n'y a jamais eu de signes d'obstruction du canal cholédoque. La bile semble s'être toujours écoulée librement. Ainsi, pendant son séjour à l'hôpital, il n'a jamais présenté ni ictère, ni coliques hépatiques, ni selles décolorées, ni tumeur vésiculaire.

Ce malade a aussi offert cette particularité que son abcès est venu percer dans un espace intercostal sur la ligne mamelonnaire.

Or, les calculs biliaires sont évacués d'habitude à travers une fistule des parois abdominales; quelquefois par le canal inguinal, l'ombilic, le clitoris même chez les femmes.

Obs. VII. — Dans cette observation, l'abcès du foie a été complètement méconnu.

Langlois, alcoolique, profondément impaludé, entre à l'hôpital de Libreville (Gabon) avec un violent état bilieux caractérisé par de l'ictère, des selles et des vomissements bilieux. La température est très élevée : 40°3.

Le troisième jour, on observe une douleur intense au niveau de l'hypochondre droit et de l'augmentation du volume du foie. La douleur hépatique est si vive que le moindre attouchement arrache des cris au malade. A la suite d'une application de vésicatoire (loco dolenti), la douleur descend dans le flanc droit.

En résumé, violence au début, grande élévation thermique, état bilieux, ictère, augmentation du volume du foie, anxiété respiratoire, douleur aiguë dans l'hypochondre droit : voilà les principaux éléments symptomatologiques sur lesquels pouvait se baser le diagnostic.

Cet ictère et cet état bilieux sont rares dans les abcès du foie. Nous avons vu plus haut que l'intégrité des fonctions stomacales est la règle.

Il faut aussi noter la rapidité avec laquelle a évolué l'hépatite en cette circonstance, puisqu'elle a eu un dénouement fatal le onzième jour après que l'abcès s'est ouvert dans le péritoine. On avait d'ailleurs observé pendant la vie des signes de péritonite. Remarquons aussi que les selles ont été un instant sanguinolentes, et qu'ainsi la triple manifestation de l'intoxication miasmatique (fièvre intermittente, dysenterie, hépatite) s'est trouvée complète.

Obs. VIII. — Le nommé Vasseur est atteint, au Tonkin, de dysenterie bientôt suivie d'hépatite, que révèlent des douleurs à l'épaule et au côté droits. Renvoyé en France pour cette dernière affection, une pleurésie se déclare pendant la traversée.

Comme dans la cinquième observation, la matité est très étendue dans le sens vertical, le cœur est fortement déjeté à gauche. Mais dans celle-ci, les différents procédés d'investigation ne donnaient aucun signe d'épanchement pleurétique, tandis que chez Vasseur l'inflammation de la plèvre est accompagnée de tous ses symptômes. Le trocart a pénétré à travers le sixième espace intercostal, dans la cavité pleurale, et n'a pas touché le foie. Dans le traitement, on s'adressait surtout à la pleurésie.

Cette dernière a été évidemment occasionnée par l'ouverture dans la plèvre de l'abcès du foie, ce qui est très fréquent. Ce qui est remarquable, c'est la large communication que nous avons trouvée entre la plèvre et la cavité de l'abcès hépatique.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* du 22 février 1887, M. Rochard s'exprime ainsi : « Les abcès du foie sont souvent méconnus par les médecins qui ne sont pas habitués à la pratique des pays chauds..... Le diagnostic n'offre pas de difficultés sérieuses. Lorsqu'un malade est revenu des régions intertropicales avec une hépatite et qu'on voit la région du foie augmenter de volume, devenir douloureuse à la pression et surtout à la percussion, lorsqu'il y a le soir des frissons erratiques, que la sueur se montre la nuit, on peut être certain que la suppuration se forme. »

En face de cette opinion nous placerons celle de deux médecins de la marine qui font autorité dans ces sortes de maladies :

« Je ne connais pas de maladie plus insidieuse que l'hépatite ; dans mille circonstances, et quelque prévenu que l'on soit, on se laisse surprendre à chaque instant. (Béranger-Féraud.) »

« Cet organe (le foie) est désespérant quelquefois par son silence. (Bourgarel.) »

Par conséquent, le diagnostic des hépatites suppurées

n'est pas chose aussi facile, même pour les médecins qui ont longtemps exercé aux pays chauds.

Si le tableau de l'hépatite est complet, voici ce que l'on observe :

Douleur dans l'hypochondre droit 85 fois sur 100 cas.

Augmentation de volume du foie 73 fois sur 100 cas.

Scapulalgie droite.

Anxiété prégastrique. Tension, rémittence, œdème de la paroi abdomino-thoracique.

Perturbation des fonctions gastro-intestinales 70 fois sur 100 cas.

Réaction fébrile intermittente ou rémittente.

Quand l'abcès, se dirigeant vers les téguments, peut être senti par la palpation, limité par la percussion, le doute n'est plus permis.

C'est donc le phénomène douleur que l'on rencontre le plus souvent, et c'est un signe très important dont il faut tenir grand compte. Ainsi Murchison soutient qu'on doit toujours redouter l'hépatite suppurée dans les cas où la région du foie devient manifestement douloureuse au cours des fièvres intermittentes, des diarrhées, de la dysenterie des pays chauds. Les troubles intestinaux (diarrhée et dysenterie) marchent de pair avec la fièvre d'accès et l'hépatite pour former une triple manifestation de l'intoxication miasmatique.

Nous avons vu dans toutes nos observations ce phénomène apparaître et attirer le premier l'attention du médecin.

Nous avons signalé dans notre cinquième observation que l'on a cru un moment à la coexistence d'une pleurésie purulente, à cause de la grande étendue de la matité verticale, de la déviation énorme du cœur. Des abcès du foie ont été confondus plusieurs fois avec des pleurésies

purulentes. Le fait a été vu par Rendu, de Mussy, Laveran, etc. En commandant à notre malade Gasse de faire une inspiration aussi profonde que possible, on constatait que la ligne de matité inférieure s'abaissait de deux centimètres. C'est là un bon signe indiqué par tous les auteurs et qui permet d'affirmer qu'il n'y a pas d'épanchement déprimant le diaphragme par sa face supérieure.

Les quintes de toux, le hoquet, sont principalement observés quand le pus, déterminant une inflammation adhésive du péritoine, tend à perforer le diaphragme et à s'éliminer par la plèvre, le poumon et les bronches. En même temps la douleur augmente d'intensité. La purulence des crachats est le signe pathognomonique de l'ouverture de l'abcès dans les tuyaux bronchiques.

Si au contraire le foyer purulent se vide dans l'estomac, le côlon, les reins, on trouvera du pus dans les vomissements, les selles, les urines.

Mais il est un moyen de diagnostic prompt et certain sur lequel nous voulons insister d'une façon spéciale. C'est la ponction exploratrice avec les aspirateurs Dieulafoy et Potain. Ce dernier, d'un maniement plus facile, est presque universellement employé. La ponction du foie n'est pas négligée de nos jours, mais on ne la sépare pas assez de l'opération de Little, dont elle constitue le premier temps. Il faut l'envisager au contraire comme un procédé d'investigation capable de donner des renseignements plus fidèles dans le cas présent que ceux qu'on peut demander à la palpation et à la percussion. On se servira de l'aiguille de 2 millimètres, qui sera préalablement trempée dans une solution phéniquée au cinquantième.

Dès que la gêne respiratoire augmente, que le malade maigrit, devient anxieux, il faut, sans perdre un instant, intervenir, et s'il restait un doute dans l'esprit sur l'exis-

tence de l'abcès du foie, la ponction aspiratrice, laquelle est sans péril, est là pour le lever ; si elle ne rencontre pas la collection purulente, on attend quelques jours, et voilà tout. (Rochard.)

C'est aussi l'avis de Dujardin-Baumetz. Même quand on ne tombe pas sur l'abcès, dit-il, ces ponctions déterminent une saignée locale dans la glande enflammée. Dès 1874, Béranger-Féraud pratiquait la ponction exploratrice des abcès du foie, et il insistait sur les avantages de cette saignée locale, qui dans deux cas cités par lui fit disparaître les accidents phlegmasiques. Les Anglais ont fait entrer cette saignée locale du foie dans leur pratique journalière pour le traitement des hépatites. De cette façon, s'il se forme un abcès, son existence est de bonne heure reconnue avant que l'état général se soit altéré et que des accidents irrémédiables aient compromis la vie du malade, comme cela arrive trop souvent avec la méthode qui attend pour enfoncer le trocart que la voussure et l'empâtement se soient manifestés. Dans ce cas la ponction vient confirmer notre diagnostic ; elle eût dû l'éclairer.

Il faut donc hardiment ponctionner le foie dès que l'on soupçonne l'hépatite suppurée, et répéter cette opération (que l'expérience a démontrée parfaitement inoffensive) dans diverses directions, jusqu'à ce qu'on ait trouvé du pus, ou qu'on ait acquis la certitude qu'il n'en existe pas.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

La guérison des abcès du foie est indépendante de la voie que le pus s'est tracée pour s'écouler au dehors. Elle dépend plus spécialement de l'état des forces du malade. Elle est aussi à la merci des maladies concomitantes et des divers accidents qui peuvent survenir.

Mais le pronostic est toujours grave, surtout si des températures élevées, des dysenteries sérieuses viennent compliquer la situation. Il est fatal si le pus tombe dans le péritoine ; sérieux s'il s'écoule dans la plèvre et surtout dans le parenchyme pulmonaire. Ce qui peut arriver de plus heureux, c'est l'ouverture de l'abcès dans les tuyaux bronchiques ou à travers la paroi abdomino-thoracique.

Mais une question importante est celle du pronostic envisagé au point de vue de l'intervention ou de la non-intervention.

Consultons les statistiques :

Sur 120 cas non opérés il y a 80 décès pour 100.

Sur 120 cas opérés il y a 32 décès pour 100.

Nous ferons remarquer que cette statistique a été établie en 1867, à une époque où l'on se contentait d'ouvrir avec un trocart et où l'on connaissait peu les ressources de l'antisepsie.

Il y a quelques jours, M. Cunéo, médecin en chef de la marine, disait qu'avec la méthode actuelle du docteur Little, de Sanghaï, aidée des antiseptiques, si l'on intervient à temps, on sauve 9 malades sur 10.

Ces chiffres sont trop éloquents pour qu'il soit besoin d'insister. Il faut donc intervenir, et le plus promptement possible ; c'est la première condition du succès.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Du docteur Louis Stromeyer Little. (Larges incisions et antisepsie).

Aussitôt qu'on soupçonne chez un malade l'existence d'un abcès du foie, on doit immédiatement pratiquer au niveau du point douloureux une ponction exploratrice avec l'aiguille la plus forte des appareils Potain et Dieulafoy.

Dès qu'on a trouvé le pus, on pratique sur un des côtés de l'aiguille qui sert de conducteur une incision de 5 à 6 centimètres, et l'on divise couche par couche jusque dans les profondeurs de l'abcès, qu'on videra autant que possible en comprimant le foie à travers la paroi abdominale.

La cavité de l'abcès est ensuite lavée et désinfectée avec une solution phéniquée au centième jusqu'au moment où le liquide sortira limpide sans renfermer des grumeaux ou des lambeaux de tissu sphacélé, qu'on peut d'ailleurs aller saisir avec une pince à dissection.

Après avoir élargi les parties profondes de l'incision au moyen d'une forte pince, on place à demeure un drain plongeur du plus fort calibre et l'on recouvre le tout de gaze iodoformée.

L'opération sera faite dans une atmosphère phéniquée ;

l'opérateur, les aides, les instruments et pièces de pansement devront être antiseptiques.

Le pansement sera changé aussitôt que ses bords seront souillés par un liquide séreux ou séro-purulent. A chaque pansement, la longueur du drain sera diminuée, afin que la cicatrisation se produise du fond à la surface.

Dans les deux observations que nous avons rapportées, et qui ont été suivies de parfaite guérison, le traitement que voici a été adopté :

Une première ponction, exploratrice ; une deuxième ponction, évacuatrice ; une troisième ponction, suivie, séance tenante, d'une large ouverture au bistouri : telle a été la méthode pour évacuer le pus. Le pansement mis en usage a consisté en un gros drain enfoncé en anse dans la cavité, les deux bouts retenus sur le thorax par les fils maintenus par les bandelettes collodionnées. Chaque matin à 7 heures on lavait l'abcès avec une solution étendue de coaltar saponiné.

Un gâteau de charpie trempée dans la solution de coaltar, de la gaze coaltarée, de la gutta-percha laminée et un bandage de corps ouaté constituaient tout le pansement.

Plusieurs médecins reprochent à la méthode de Little de se préoccuper trop peu de l'existence des adhérences péritonéales.

Rochard répond que la pénétration du pus n'est pas à craindre, parce que les adhérences sont déjà formées quand on opère, car on se décide ordinairement trop tard.

D'après Trélat, cette absence d'inflammation adhésive ne doit pas faire différer l'opération. Après l'incision couche par couche de la paroi abdominale, de la cavité péritonéale, puis du foie, il faut dans ce cas ouvrir la

poche purulente, dont les parois sont attirées au dehors et suturées aux lèvres de la plaie.

Dutrouleau et Béranger-Féraud conseillent en cette circonstance d'introduire dans la canule du trocart un fer rouge qui provoquera sur son passage le développement d'adhérences.

Voici la façon d'opérer des empiriques nègres du Sénégal : ils promènent un fer rouge sur la région hépatique, puis, au bout de deux ou trois jours, ils débrident largement avec un couteau. Il est exact qu'une brûlure profonde faite sur un point de la paroi abdominale détermine une inflammation adhésive du péritoine qui correspond à ce point.

Quant aux procédés anciens de Récamier, Bégin, Cambay, ils doivent être abandonnés et céder le pas à la méthode du docteur Little, dont les succès ne se comptent plus et dont l'exécution est d'une remarquable simplicité.

La ponction doit être considérée comme un moyen excellent de diagnostic, mais insuffisant comme traitement.

En effet, les trocarts, quelque gros qu'ils soient, ne laissent passer que le liquide ; les particules mortifiées solides viennent buter contre la canule, s'amassent autour du relief qu'elles forment à l'intérieur de l'abcès, restent dans sa cavité, s'y putréfient au contact de l'air et donnent lieu à des accidents généraux qui emportent le malade. Il ne faut donc pas compter sur la ponction seule, qui n'empêche pas la marche du pus vers les organes environnants, ne met pas plus à l'abri de l'air que les larges ouvertures, et qui ne permet pas, comme ces dernières, l'emploi des anti-fermentescibles. Les quelques observations que nous avons présentées montrent assez quelle est au juste la valeur de la ponction comme moyen de traitement des abcès du foie.

« La supériorité de la grande incision consiste dans l'évacuation immédiate de tout le contenu de l'abcès. Les grumeaux solides, les lambeaux de tissu hépatique mortifié peuvent facilement s'échapper par cette large voie, et une fois que la cavité de l'abcès a été nettoyée à fond par les lavages antiseptiques, elle est dans les meilleures conditions pour guérir. (Rochard.) »

Le traitement des abcès du foie est donc entièrement chirurgical. Cependant, la médecine viendra en aide à la chirurgie en soutenant les forces du malade au moyen de toniques analeptiques, auxquels on adjoindra quelques névrosthéniques, et parmi ces derniers on administrera principalement les préparations de quinquina.

CONCLUSIONS

D'après les résultats fournis par l'expérience et les quelques observations que nous présentons, on peut affirmer que la ponction aspiratrice n'est, dans le traitement des abcès du foie, qu'une demi-mesure incapable d'évacuer tout le pus et incompatible avec l'emploi de l'antisepsie. Aussi compte-t-elle de nombreux insuccès.

Au contraire, pour éclairer le diagnostic, elle est incomparable et absolument inoffensive. Il ne faut donc pas attendre au dernier moment pour s'en servir et en faire seulement un premier temps de l'opération de Little, mais au contraire, il faut ponctionner dès qu'on soupçonne la suppuration du foie.

L'opération de Little — c'est-à-dire les grandes incisions aidées de l'antisepsie moderne — donne, dans la cure des abcès du foie, neuf succès sur dix.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 16 mai 1887.
Le Recteur de l'Académie,
correspondant de l'Institut,
CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 16 mai 1887.
Le Doyen,
CASTAN.

BIBLIOGRAPHIE

Béranger-Féraud.— Maladies des Européens au Sénégal, 2 vol, 1875.

Dutrouleau. — Traité des maladies des Européens dans les pays chauds, 2e édit., 1868.

Murchison. — Leçons cliniques sur les maladies du foie.

Rendu. — Article : Foie du Dict. encyclopédique des sciences médicales, 1879.

Jules Rochard. — Bulletin de l'Académie de médecine, 1880.

Nielly. — Eléments de pathologie exotique.

Dujardin-Baumetz. — Leçons de clinique thérapeutique.

Félix Thomas et Gustave Reynaud. — Abcès du foie. Particularités cliniques. (Archives de médecine navale.)

J. Cyr. — Affections calculeuses du foie.

J. Simon. — Dict. de médecine et de chirurgie.

Rochard. — Bulletin de l'Académie de médecine, 22 février 1887.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !